



1-Registro ANS 408414 3-Data de Emissão do Guia 11/06/2015 4-Data de Autorização 11/06/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14001144 7-Data Validade da Senha 11/09/2015

2349414
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 109172013131600001717611111

3-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa ABRIGO DO MARINHEIRO

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LEONARDO LOPES DE ARAUJO

06/11/1967

14-Telefone (21) 981712-7885

15-Nome do titular do plano LEONARDO LOPES DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR

18-Número no CRO 16512

19-UF RJ

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191216208131317817111111 22-Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR

23-Número no CRO 16512

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR

27-Número no CRO 16512

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	140	0,00	0,00	5119,08	25	11/08/2015		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento	47-Tipo de Faturamento	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento
11/11/11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
49-Observação												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11